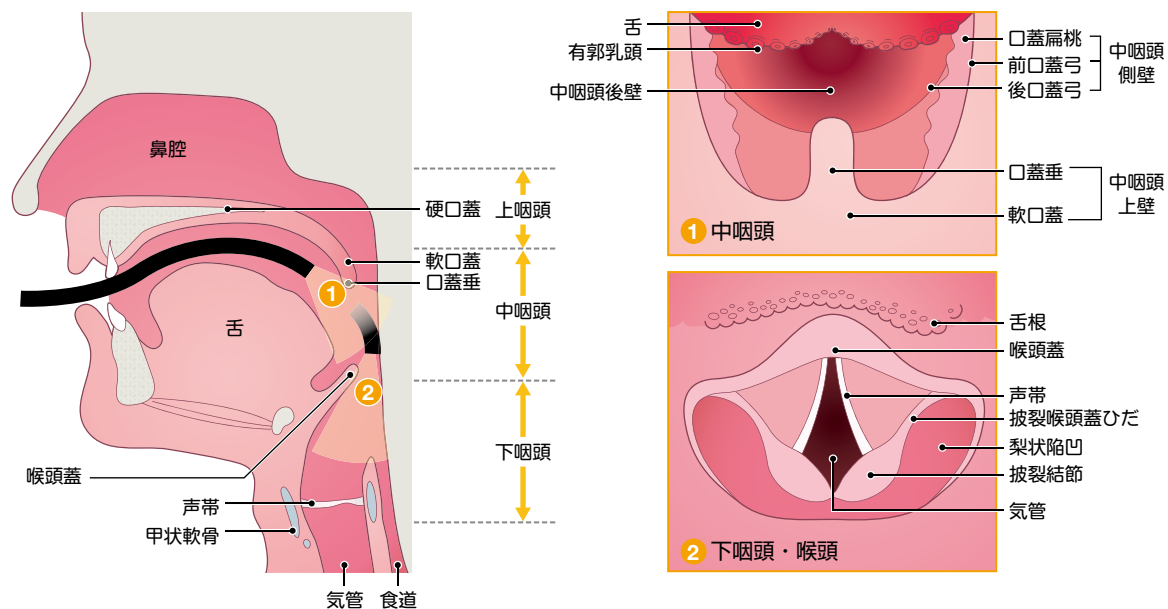


A 咽喉頭の解剖と観察の基本

咽喉頭内視鏡観察の基本

- 咽喉頭癌のハイリスク例(食道癌・頭頸部癌既往, 高度飲酒フラッシャー, 喫煙)では, 十分な咽喉頭観察を行う
- 咽喉頭は複雑な構造であり, 撮影観察の手順を統一化するとよい
- 舌根部や口蓋垂裏面など死角となりやすい部分に注意する
- 声帯の動きも観察し, 左右差があると反回神経麻痺の可能性がある



咽喉頭領域の観察は被検者に苦痛を伴うため, 全例に行うものではない。食道癌や頭頸部癌の既往のある症例, 高度な飲酒や喫煙歴のある症例, 常習飲酒者でフラッシング (アルコール飲酒により体表が紅潮すること) のある症例 (フラッシャー) はハイリスクであるため十分な観察を行う。

咽喉頭は解剖学的に複雑な構造をしているため, 1つの内視鏡の視野に撮影できる範囲に限りがある。このため見落としのない検査を行うためには, 撮影の手順を統一化することが重要である。軟口蓋～口蓋垂, 左右の口蓋弓, 中咽頭後壁, 左右の中咽頭側壁, 下咽頭後壁～喉頭, 左右の梨状陥凹, 左右の喉頭蓋谷の計12枚を撮影する (A～L)。

食道癌の浸潤もしくはリンパ節転移による反回神経麻痺をきたすと, 声帯の動きに左右差を生じる。動的な所見であり術者しかわからない情報であり, 必ず所見に記載する必要がある。

